

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 38

FACULTÉ DE MEDECINE

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
LUXATION TRAUMATIQUE DE LA HANCHE
AVEC
FRACTURE DU SOURCIL COTYLOÏDIEN**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Avril 1936

PAR

Philippe L. ELIAS

Né le 16 Mars 1910, à Buzău (Roumanie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MASSABUAU, professeur, président.
LAPEYRE, professeur.
LAUX, professeur.
GIBAL, agrégé.

assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1

1936

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA LUXATION TRAUMATIQUE DE LA HANCHE
AVEC FRACTURE DU SOURCIL COTYLOIDIEN

FACULTÉ DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
LUXATION TRAUMATIQUE DE LA HANCHE
AVEC
FRACTURE DU SOURCIL COTYLOÏDIEN

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Avril 1936

PAR

Philippe L. ELIAS

Né le 16 Mars 1910, à Buzău (Roumanie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MASSABUAU, professeur, *président*.
LAPEYRE, professeur.
LAUX, professeur.
GUIBAL, agrégé.

assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1

1936

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIREB, ass.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	CABANNES
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. ill.
Accouchements	COLL DE CARRER
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE

Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, prof., *présid.*
LAPEYRE, professeur.

MM. LAUX, professeur.
GUIBAL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

MONSIEUR ET MADAME L. ELIAS

Je dédie ce travail avec l'expression du plus profond amour filial et de la plus grande admiration, et, comme faible témoignage de ma reconnaissance infinie, pour tout ce qu'ils ont fait pour moi, ainsi que pour l'incalculable affection qu'ils n'ont jamais cessé de me prodiguer.

A MON BEAU-FRERE ET A MA SŒUR

MONSIEUR ET MADAME R. FINCKELSTEIN

Pour la large compréhension dont ils ont fait preuve à mon égard et pour leur tendresse de toujours, ma plus vive gratitude.

Philippe L. ELIAS.

A MES SŒURS

Mon affection et mon dévouement.

A MES FRERES

Mon affection et mon dévouement.

A MES BEAUX-FRERES

Mon attachement.

A MES NEVEUX

Ma tendresse.

A MA TANTE

MADAME MINA AVRAM

Mes meilleurs sentiments.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MONSIEUR ET MADAME M. ELIE

Ma gratitude pour l'intérêt qu'ils m'ont porté.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MONSIEUR ET MADAME N. FISCHER

Mes pensées.

A MES COUSINS ET A MES COUSINES

Ma sympathie.

Philippe L. ELIAS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a été l'inspirateur de notre thèse et nous
a fait le grand honneur d'accepter sa prési-
dence, notre respectueuse gratitude..*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

Professeur de Clinique Gynécologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qu'il nous permette de lui exprimer notre
entière reconnaissance pour l'intérêt qu'il a
pris à ce travail et pour les conseils qu'il
bien voulu nous donner.*

A MES MAITRES

Philippe L. ELIAS.

A LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

*Dont l'accueil sympathique nous permit
d'acquérir les connaissances de son célèbre an-
seignement.*

Philippe L. ELIAS.

I. — INTRODUCTION

Le sujet de notre travail, bien qu'ayant suscité l'attention des auteurs depuis près d'un siècle et demi, n'est pas devenu, par cela même, une question classique, c'est-à-dire une question à contours bien définis que le temps consolide et à laquelle on ne pourrait plus rien ajouter, sinon des mots.

Si un côté essentiel, le diagnostic, est sorti de son atmosphère nébuleuse — ne se faisant plus sur la table d'autopsie ou au hasard d'une dissection, — il n'en est pas moins vrai que, depuis l'étiologie et jusqu'aux indications thérapeutiques, bien des points encore, réclamaient et réclament des précisions.

Cependant, constatant le fait, nous n'oserions pas prétendre apporter à l'étude des « luxations traumatiques de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien », les éclaircissements qui leur font défaut, ni, par conséquent, d'en broser un cadre nosographique plus net.

Notre contribution, modeste contribution, pourrait se justifier d'abord par la publication de l'observation, inédite, que nos maîtres, M. le professeur MASSABUAU et M. le professeur agrégé GUIBAL, ont bien voulu nous confier et que nous prions d'accepter nos respectueux remerciements.

Ayant poussé l'analyse du sujet jusqu'à l'extrême limite de nos moyens de documentation, nous avons pu réunir 29 observations, à partir du moment où finit le travail de TCHWIKLINSKI (1923).

Et, sur ces deux données, nous avons esquissé une étude clinique, dans les proportions de notre matériel d'information.

Nous voulons croire que cette vue d'ensemble, ainsi que le rappel des travaux récents, pourraient fournir, encore, à notre « Contribution », une faible justification.

II. — APERÇU HISTORIQUE

Le binome : luxation traumatique de la hanche-fracture du sourcil cotyloïdien est réuni et inscrit pour la première fois dans l'histoire de la pathologie, en 1791, par Sir ASTLEY COOPER, qui trouva à une autopsie, un déplacement de la tête fémorale accompagné d'une fracture du segment postérieur du rebord acétabulaire.

Faire remonter son début à Paul d'EGINE ou à HIPPOCRATE, serait l'envelopper dans l'obscurité des hypothèses ou lui attribuer l'éclat de la légende.

Le premier diagnostic fut posé par Robert W. SMITH qui, examinant, le 4 octobre 1834, l'accidenté Thomas Venable, en publie l'observation, en novembre 1837, et dans laquelle était dit : « La crépitation, le fréquent retour du déplacement, l'intégrité du fémur, rendaient suffisamment évidente une fracture du bord de l'acétabulum ».

En France, la question est inaugurée par la présentation d'une pièce anatomique par BRÉCHET, en 1836. L'expérimentation débute avec BONNET (1845), mais, quant à avoir un diagnostic « vivant », il faut arriver à BARDET, de Limoges (1850), ou même, à MAISONNEUVE (1854), lequel — d'après MALGAIGNE (1855) « est même le seul où elle (la lésion) ait été diagnostiquée immédiatement ».

L'observation concernant un malade très jeune, date de 1894 et est due à RIEDEL, et que TCHWIKLINSKI a omis de la mettre dans sa thèse.

TIXIER (1899), GROESSNER (1902), DELBET (1911) recourent à la radiographie et cette méthode d'investigation marquera la fin de l'incertitude des jugements cliniques.

Le traitement a suivi la même courbe d'amélioration et les résultats sont de plus en plus satisfaisants.

Les cas observés se multiplient tant en France qu'à l'étranger, mais si, durant un siècle, la question des luxations de la hanche avec fracture du sourcil était plutôt une « question anglaise », dans les cinquante dernières années les Français totalisent un nombre imposant d'observations, ce qui, d'ailleurs, pourrait n'être qu'une apparence, car à force de faire des diagnostics personnels, ceux-ci ne vont plus puiser leur matériel d'information dans la bibliographie étrangère.

Mentionnant encore la thèse de SIVADE et — une fois de plus — celle de TCHWIKLINSKI, nous allons interrompre cet aperçu historique, car, depuis 1923 et jusqu'à aujourd'hui il se poursuivra à travers les observations que nous publierons. L'observation omise dans la thèse d'Alger, servira de trait d'union entre le dit travail et le nôtre.

III. — OBSERVATION

de MM. MASSABUAU, GUIBAL et GINESTIÉ

(inédite)

P. C., âgé de 63 ans, représentant de commerce, demeurant à Montpellier, entre dans le service du Professeur MASSABUAU, le 29 août 1935, pour une fracture des os du nez et une contusion de la hanche, produites deux heures auparavant par un accident d'automobile.

Le malade se trouvait au volant de sa voiture ; son attention ayant été détournée par son voisin, il a fait un écart de direction et la voiture a été projetée contre un arbre. La face du malade a buté contre le volant où s'est produite la lésion du nez. Le pied gauche du malade était appuyé au sol de la voiture, genou demi-fléchi. Dans l'arrêt brusque de la voiture contre l'arbre, le blessé a été projeté violemment en avant, mais a été arrêté par l'appui de ses pieds au sol et de ses genoux au tablier d'une part, par le choc de sa face contre le volant d'autre part.

EXAMEN. — Le malade n'est pas choqué ou, du moins, il n'est pas déprimé mais plutôt agité.

On constate une fracture ouverte des os propres du nez.

Le membre inférieur gauche est en flexion de la cuisse sur le bassin, adduction et rotation interne ; l'attitude est celle d'une luxation de la hanche mais peu accusée.

Le grand trochanter est légèrement remonté (1 à 2 cm.).

La pression sur la région articulaire est douloureuse, de même les mouvements sont limités et très douloureux ; on ne perçoit pas de crépitation osseuse.

Examen radiographique : Le cliché radiographique, du fait de l'orientation anormale du col fémoral fait croire à une fracture engrenée de ce col anatomique.

On constate surtout une luxation de la tête fémorale qui se trouve en contact par ses 2/3 supérieurs avec la fosse iliaque externe, par son 1/3 avec le sommet du cotyle. La moitié inférieure du cotyle est donc déshabillée. Le toit du cotyle paraît avoir été fracturé, refoulé vers le haut et avoir accompagné la tête fémorale dans son ascension.

TRAITEMENT. — Après injection de sérum antitétanique et suture de la plaie de la face, on met en place, le 30 août, un fil de Kirschner dans les condyles fémoraux et l'on installe une extension continue sur ce fil tendu à l'aide de l'appareil du Professeur MASSABUAU, en flexion légère et abduction à 45° de la cuisse sur le bassin.

Le 5 septembre : *Contrôle radiographique*. — La tête fémorale est fortement abaissée au point que l'arc cervico-obturateur est rompu et que, tout en ayant réintégré la cavité cotyloïdienne, la tête ne paraît ne prendre contact avec elle que dans sa moitié inférieure ; le fragment détaché du sourcil cotyloïdien s'est abaissé lui aussi et paraît partiellement revenu en place ; il paraît être formé par le toit et le bord postérieur du cotyle.

Le 10 septembre : Malade toujours très agité, encore plus la nuit que le jour, donne pas mal de peine et la surveillance de l'appareil est difficile ; on enlève la broche et l'on met une extension continue simple en abduction avec un appareil genre Tiaux dans le lit. Le malade, dans les jours suivants, paraît un peu plus calme.

Le 16 septembre : Le malade se plaignant de ne pas y voir de l'œil droit, un examen de M. le Docteur VIALLEFONT permet de conclure à une hémorragie intra-oculaire.

Le 25 septembre, un nouvel examen radiographique est pratiqué : tout est en place, l'aspect de la hanche est sensiblement normal ; à noter simplement un flou très accusé de toute la moitié inférieure de l'articulation coxo-fémorale.

Le malade est autorisé à sortir, il garde son extension continue pendant une quinzaine de jours, au bout desquels la mobilisation et les massages sont entrepris. Cette hanche, d'abord raide, s'assouplit très rapidement.

Vers le début du mois de novembre, le malade est autorisé à marcher ; il déclare le faire facilement. Bientôt, il sent moins la fatigue et il supprime rapidement ses cannes.

Le 27 décembre 1935 : Nouvel examen radiographique : L'aspect de la hanche est absolument normal, sauf une légère décalcification diffuse ; on voit la zone de consolidation de la fracture cotyloïdienne.

L'examen clinique permet de constater que l'attitude est normale, qu'il n'y a pas de douleur à la pression ni à la mobilisation, que les mouvements s'exécutent avec leur amplitude sensiblement normale et que l'atrophie musculaire est en voie de régression.

L'état de l'œil s'améliore ; le malade commence à percevoir la lumière.

ETUDE CLINIQUE

IV. — ETIOLOGIE

L'avènement de la radiographie, dépistant la fracture marginale du cotyle coexistant avec certaines luxations traumatiques de la hanche, a fait augmenter sensiblement la fréquence du diagnostic de cette double lésion. En effet, si nous comparons le nombre des observations (soixante et onze) recueillies par TCHWIKLINSKI — lequel a fouillé dans tout ce qu'on a écrit sur la question pendant plus d'un siècle et quart — au nôtre (s'étendant seulement sur les douze dernières années), on constate une augmentation dans la proportion de quatre à un.

Pour la période de la vie à laquelle le traumatisme est survenu, les chiffres extrêmes sont 6 ans (LOMBARD) et 78 (WALKER), avec un nombre maximum entre 20 et 40 ans.

Nous pensons être les premiers à introduire dans le chapitre de l'étiologie une notion qui ne se trouve dans aucune étude de synthèse : c'est celle concernant le sexe des individus atteints. Nous avons pu trouver dans les publications récentes (BRETON et BLONDEAU, LE PAGE), deux observations où le traumatisme a touché la femme — ce qui pourrait

infirmier la théorie pathogénique, qui excluait la femme du nombre des accidentés de ce genre, en mettant en discussion la conformation spéciale de son bassin.

En même temps que cette notion, une autre se fait chemin, et à grande vitesse, car elle détient — actuellement — le record des causes qui peuvent provoquer une émigration de la tête fémorale par suite de l'interruption du contour acétabulaire : nous voulons parler de l'automobile, qu'on rencontre neuf fois dans nos observations et sur la façon d'agir de laquelle nous reviendrons. Signalons, dès à présent que, souvent, la personne atteinte n'est pas le conducteur, mais celle se trouvant à ses côtés (BRETON et BLONDEAU, 2 cas, LATIL).

En outre, la cause peut résider dans des traumatismes de différentes natures (chute, choc, etc...), mais remarquons que les cas cités par nous ont résulté quelquefois des chutes sur le dos.

Mettons encore en évidence que, dans les observations où le fait fut précisé, le côté intéressé fut 5 fois le gauche et une seule fois le droit, tandis que dans le même ordre, TCHYIKLINSKI donnait un rapport de 11 contre 16.

Et cette remarque va clore un chapitre que les dernières années semble avoir bouleversé.

V. — PATHOGENIE

Les premiers chercheurs, parmi lesquels figurent TILLAUX, RECLUS, RIEFFEL, CAHIER, pensaient que la luxation était primitive, l'arrachement du rebord cotyloïdien la suivant en tant que complication, idée que nous retrouvons, d'ailleurs, en 1928, dans PROUST et SOUPAULT, qui avancent que « la fracture du sourcil cotyloïdien en haut et en arrière complique une luxation postérieure de la hanche ».

Cependant, l'opinion classique est rejetée par tous les autres observateurs contemporains, qui sont formels : la luxation suit la fracture. A l'appui de cette façon de voir, on cite des observations où la fracture est isolée (BOURY et DANHIEZ, LERICHE), d'autres où la luxation ne s'installe pas d'emblée (CHARRIER) et Blanche ARIS note le cas d'un jeune homme lequel, quelques jours après l'accident, s'est servi inconsidérément du membre inférieur traumatisé, sans qu'une luxation vienne compléter le tableau d'une fracture du sourcil cotyloïdien. En plus, le cas de SCOTT est trop connu, où il y a eu fracture et luxation, mais avec déplacement du fragment et de la tête en sens opposé.

La tête se luxe par la brèche osseuse, conséquence de la fracture, et cette « porte de sortie » peut être comparée à « l'agrandissement du cotyle qui prépare le déplacement de la hanche luxable » et à « l'éculement du toit, qui

prépare le glissement fémoral dans la coxalgie ou l'ostéomyélite » (GUIBAL).

« Le traumatisme responsable n'agit directement que par exception. D'une manière à peu près constante, il est transmis indirectement au sourcil cotyloïdien ; l'application se fait alors quelquefois sur le rachis ou le bassin : ainsi quand le sujet incliné reçoit un choc sur le tronc fléchi ; mais plus habituellement, semble-t-il, c'est le membre inférieur qui supporte le choc, sur la région trochantérienne, ou encore sur le genou ou le pied ». Dans ces derniers cas, il faut — comme insiste BARBARIN (in LE PAGE, 1934) — que la cuisse se trouve en position intermédiaire à l'abduction et l'adduction, car, s'il y a abduction, la tête défoncera le fond du cotyle ; s'il y a adduction, c'est la capsule coxo-fémorale qui en fera les frais. C'est ce que démontre aussi l'expérimentation.

Toutefois, ces différents mécanismes varient suivant les cas, avec la réserve que, dans quelques-uns, de date récente on les voit « se combiner d'une manière curieusement semblable.

» Dans les deux observations de BRETON et BLONDEAU, dans un cas de CHAUVIN et HAYEM, dans l'observation de LATIL, dans celle d'ANNOVAZZI, dans celle de LENORMANT, l'accident se réduisit à l'arrêt brutal d'une automobile rapide ; chaque fois, le blessé, resté sur le siège, présenta une luxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien dans son quart postéro-supérieur, point d'appui de la tête fémorale dans la position assise. Où s'est appliqué le traumatisme ? Sur le tronc, de sorte que le sourcil, entraîné avec le bassin par le dossier d'appui, vienne s'écraser sur la tête fémorale immobile ? Plus vraisemblablement sur le membre inférieur, refoulé par l'avant de la voiture, de sorte que le fémur fit bélier contre son appui cotyloïdien fixé : c'est ce que tendent à prouver, dans les cinq premiers cas, une contusion du genou et, dans le dernier, une fracture

de l'astragale. Peut-être, d'ailleurs, y a-t-il eu combinaison, le sujet, fortement appuyé par son bassin et par son membre inférieur participant en quelque manière au télescopage partiel de la voiture.

» Sans doute, il ne s'agit pas là d'un mécanisme nouveau ; d'anciennes observations l'invoquaient même avant l'automobile. Mais les circonstances au moins sont modernes et peut-être l'augmentation des accidents multipliera-t-elle dans l'avenir, par un mécanisme semblable, de semblables fractures du rebord cotyloïdien. En tout cas, il n'est pas sans intérêt de connaître la valeur de cette signature possible, sur le genou ou sur le cou-de-pied, voire sur le tronc et de chercher, le cas échéant, si le traumatisme, qui n'a fait que s'appliquer là, n'est pas allé épuiser sa violence sur l'articulation de la hanche » (GUIBAL).

C'est en tenant compte de ces considérations pathogéniques, qu'on peut dire, avec BRETON et BLONDEAU, que cette luxation avec fracture du sourcil tend à devenir une « lésion des automobilistes ».

VI. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Toutes les études portant sur notre sujet mettent en relief la localisation fréquente de la lésion à la partie postéro-supérieure du rebord cotyloïdien. Cette donnée est confirmée par nos recherches, nous la retrouvons douze fois dans les observations citées par nous.

Si le mécanisme de la transmission du choc peut fournir une explication à cette localisation, une autre pourrait être sous la dépendance du fait « qu'il existe, entre les points de force de l'os coxal, un point faible représenté par la soudure à l'os coxal de l'os cotyloïdien postérieur qui formera la partie postéro-supérieure de la cavité cotyloïde ». (RAYMOND DIEULAFÉ).

Le fragment détaché, ordinairement unique, est de forme triangulaire ou en virgule, accompagnant la tête dans son déplacement, s'interposant exceptionnellement entre la tête et le cotyle (DIAZ).

Ses dimensions peuvent aller de la « petite éraillure » (RIEDEL) jusqu'à un morceau intéressant les $\frac{2}{3}$ du sourcil (DIAZ).

Nous avons déjà souligné le fait que la luxation peut ne pas suivre immédiatement la fracture, être même assez

tardive. Elle se fait par la solution de continuité du rebord, mais peut être aussi à « l'opposite de la fracture » (MALGAIGNE).

Suivant le premier mécanisme et tenant compte de la fréquence du siège postéro-supérieure de la fracture on conclura, logiquement, que la luxation se fera, ordinairement, en arrière et en haut.

Le degré du déplacement de la tête peut passer de la simple subluxation (STOCCADA) jusqu'à avoir perdu tout contact avec la cavité cotyloïde.

VII. — SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Nous pouvons dire, avec M. GUIBAL, que l'aspect clinique du traumatisme n'est, habituellement, pas caractéristique, et cela tient essentiellement à ce que la luxation n'est pas une luxation franche, complète, mais plutôt une subluxation ou une luxation appuyée ; il en est, peut-être, de ces luxations de la hanche comme de certaines luxations de l'épaule avec décollement du bourrelet glénoïdien sans déchirure capsulaire, et on pourrait les appeler des luxations intra-articulaires. La symptomatologie est alors incertaine et l'on pense soit à une fracture du col, soit à une contusion simple de la hanche, soit plus rarement à une luxation coxo-fémorale. Il est souvent difficile d'arriver à un diagnostic ferme sans le secours de la radiographie. Il peut arriver que le diagnostic reste hésitant et que ce soit à la réduction seulement que certains détails attirent l'attention. Cette luxation de la hanche peut être irréductible : c'est qu'alors le fragment cotyloïdien a pu glisser et s'interposer dans l'articulation.

Elle peut être incoercible : c'est qu'alors le fragment cotyloïdien arraché est assez important pour que le cotyle mis à plat ne puisse plus retenir la tête fémorale.

Comme nous venons de l'indiquer, c'est généralement l'image radiologique qui fait le diagnostic de luxation avec fracture du sourcil. Nous allons, cependant, passer en revue les signes qui pourraient supposer cette double lésion.

Les commémoratifs n'ont de valeur que s'ils se réfèrent à un accident d'automobile et dans les circonstances déjà notées : c'est dans ces cas que l'*ecchymose jambière* pourrait être révélatrice d'une fracture du rebord acétabulaire.

Lorsque la tête se déplace dans la fosse iliaque externe, le membre inférieur se trouve en rotation interne et adduction, cuisse et jambe légèrement fléchies. L'abduction et la rotation externe sont impossibles, tandis qu'on peut exagérer l'adduction et la flexion, de même que la rotation interne. Il y a raccourcissement du membre ; le grand trochanter dépasse la ligne de Nélaton, le pli inguinal peut être affaissé.

S'il y a luxation en dehors et en bas, la flexion de la cuisse peut aller jusqu'à 90°, l'adduction étant aussi très accentuée. Il peut y avoir allongement du membre lésé, le trochanter étant au-dessous de la ligne de Nélaton.

Dans les cas plus rares de luxation en avant, le membre se présente en abduction et rotation externe, fléchi ou en extension suivant que la tête s'est dirigé vers le trou ovale ou vers le pubis. Le grand trochanter est effacé, le triangle de Scarpa étant saillant (SIVADE).

Parmi les signes les plus anciennement connus, il y a la fameuse crépitation entendue lorsqu'on remue le membre et qui — avec la facilité de réduction et de reproduction de la luxation — passait pour pathognomonique.

Des douleurs au niveau du grand trochanter, du côté de la crête pectinéale (TIXIER) une ecchymose numulaire tardive médio-scrotale (DESTOT), peuvent compléter un tableau clinique des plus complexes,

Les erreurs de diagnostic le plus fréquemment commises étaient celles d'avec une fracture du col du fémur, quand on ne collait pas l'étiquette simpliste de « contusion de la hanche ».

Cette dernière appellation, abandonnée par les modernes, ne vise que des atteintes sans modifications du squelette ni de la longueur du membre.

Une fracture du col se distinguera par son attitude vicieuse, l'absence de transmission des mouvements du fémur à la tête, par la fixité de la position, les signes de luxation faisant défaut.

Le fond du cotyle fracturé détermine une abduction et rotation externe, un toucher rectal (ou vaginal) douloureux ; la tête inabordable par le palper, se sentira, quelquefois dans le bassin.

Dans les cas de luxation simple ou de fracture du sourcil isolée, c'est la radiographie qui reprend ses droits, mais qui reste aussi le grand maître de diagnostic dans tous les autres cas.

VIII. — PRONOSTIC ET COMPLICATIONS.

Généralement bon au point de vue fonctionnel, le cas d'ANNOVAZZI pose cependant le problème de l'arthrite secondaire, de même que l'observation de CAAN pose celui de corps étranger articulaire (réduction abandonnant le fragment détaché dans le cotyle).

Il peut y avoir absence de consolidation (BADOLLE) ou consolidation vicieuse (CATHALA, DEININGER), de même qu'il y a eu des luxations irréductibles (POLAILLON), des ankyloses fibreuse (TIXIER) ou osseuse (RIEDEL).

Cependant, nombre de ces complications sont survenues par la faute d'une technique thérapeutique bien dirigée. D'ailleurs, les observations récentes notent des résultats plus satisfaisants que celles d'avant.

IX. — TRAITEMENT

Les interventions pratiquées par les différents auteurs ont varié plus d'une fois, et plus d'une fois le résultat obtenu ne fut pas celui escompté.

MM. MASSABUAU et GUIBAL — à propos de l'observation inédite que nous présentons — ont été amenés à faire une mise au point des plus complètes et des plus utiles, concernant la thérapeutique de la luxation de la hanche avec fracture, et c'est en exposant leurs idées, que nous pensons donner à ce chapitre, toute l'importance qu'il mérite.

1° On doit distinguer d'abord les cas, plus rares, de fracture sans luxation : le traitement serait préventif, pour éviter la seconde lésion. L'immobilisation en abduction s'impose.

2° Dans les cas simples de luxation avec fracture, les manœuvres de réduction classiques doivent être considérées non seulement comme inutiles (le simple abaissement de la tête fémorale par traction continue servant à réduire habituellement et la luxation et la fracture), mais comme dangereux, car les manœuvres de réduction par flexion, abduction et extension, risquent fort de faire glisser dans l'articulation le fragment cotyloïdien : il semble bien en avoir été ainsi dans l'observation de DIAZ.

L'expérience prouve et notre observation le démontre de manière éloquente, que la simple extension continue peut et doit donner, dans les cas non compliqués, des résultats parfaits. Il faut tirer en abduction, c'est là le point essentiel ; et suivant le siège du fragment détaché, il faut mettre la cuisse soit en extension complète, soit en légère flexion ; enfin, la rotation externe paraît nettement indiquée. Tous les éléments de cette position sont essentiellement commandés par la nécessité de faire éviter complètement l'appui de la tête fémorale sur le fragment cotyloïdien encore instable dans sa reposition.

Nous avons, dans le cas particulier, utilisé la traction directe sur le squelette grâce au fil de Kirschner transcondilien. Les résultats ont été parfaits et la tolérance complète ; nous avons vu que LOMBARD avait utilisé ce procédé dans un cas de luxation pathologique de la hanche (Société de Chirurgie d'Alger 1934). L'extension continue parfaite pour la réduction nous paraît également le meilleur moyen de contention ; il est, en particulier, infiniment supérieur à l'appareil plâtré qui n'évite pas les reluxations (observation de LEPAGE).

Combien de temps faut-il tirer et maintenir la position d'abduction ? Entre un ou deux mois, nous semble-t-il ; un délai plus court serait imprudent : le malade de LUCCHESI s'est reluxé pour être sorti trop tôt de l'hôpital. Une immobilisation trop longue paraît, d'autre part, devoir faciliter la raideur consécutive.

3° Si le fragment fracturé est enclavé dans l'articulation, il faut l'enlever et, si possible, le conserver pour le fixer ; si le fragment détaché est très volumineux, ou impossible à bien réduire, ou si, de toute manière, la luxation s'avère incoercible, il faut recourir soit à la pexie du fragment (MURPHY, CHARRIER), soit à la confection d'une butée (DIAZ, CHARRIER) ; il nous semble abusif de penser à une arthro-dèse, comme le propose CUBBINS, CAULEY, CALLAHAN.

Les résultats paraissent très satisfaisants si l'on considère les cas dans lesquels la réduction a été obtenue par un traitement approprié. Mais il est incontestable que soit la réduction incomplète, soit la relaxation par traitement insuffisant donnent des résultats fonctionnels déplorables. Nous croyons pouvoir présenter comme un résultat tout à fait favorable celui obtenu chez notre malade qui, âgé de 63 ans, a récupéré une activité fonctionnelle et une mobilité quasi intégrale.

X. — RESUME DES OBSERVATIONS

Observation N° 1. — RIEDEL, 1894, in PIOLLET

Enfant, 9 ans, tomba d'une voiture qui lui passa sur le corps. Tentatives de réduction infructueuses. Après neuf semaines : membre inférieur gauche en abduction, légère flexion et rotation externe. Marche très difficile ; on sent la tête dans le trou obturateur (luxation ovale). Réduction sanglante : on voit la capsule mince fendue et une petite éraillure du rebord cotyloïdien, en avant. La tête peut être assez facilement remise en place, mais se reluxe aussi facilement, grâce à la fracture du rebord cotyloïdien. Suppuration de la plaie. Drainages. Cicatrisation. Trois ans après, ankylose de la hanche gauche, quelques douleurs dans le genou gauche, cicatrice souple et indolore.

Observation N° 2. — STOCCADA, 1923

Homme, 20 ans ; serré contre un mur par un cheval. Cuisse en adduction, rotation interne et demi-flexion. Douleur à la pression du trochanter, dépressibilité de la région

ilio-trochantérienne ; raccourcissement de 2 cm. Mouvements actifs impossibles ; mouvements passifs : abduction et adduction limitées, rotation externe abolie ; la rotation interne s'accompagne d'une légère crépitation. Radio : subluxation de la tête en haut avec fracture du sourcil cotyloïdien ; fragment entraîné avec la tête. Réduction, sous anesthésie générale, après cinq jours. Plâtré en extension et abduction, pendant 41 jours ; mobilisation commencée immédiatement. Retour fonctionnel complet après trois mois.

Observation N° 3. — ARIS (Blanche), 1924

Henri D..., 15 ans, est tombé à la renverse, se blessant à la partie supéro-interne de la cuisse gauche. Cela ne l'a pas empêché de jouer au football, quelques jours après et c'est alors qu'il ressentît brusquement un craquement dans la hanche gauche. Depuis il boite et souffre. Huit jours après, à l'examen, on note que les mouvements sont gênés par la contracture musculaire ; la flexion de la cuisse est limitée, l'extension très douloureuse et quasi impossible, l'abduction à 30°, seuls, les mouvements de rotations externe et interne ont leur amplitude normale. Radio : fracture de la partie supérieure du rebord du cotyle. Disjonction sacro-iliaque gauche. Extension continue pendant 18 jours. Sort guéri un mois après son entrée à l'hôpital.

Observation N° 4. — MATHIEU, LAFLOTTE, 1925

Sujet très musclé, membres inférieurs rapprochés, choc violent de bas en haut. Réduction facile. Résultat fonctionnel excellent.

Observations N^{os} 5 et 6. — LERICHE, 1926

« Les fractures du sourcil cotyloïdien sont sans gravité, quand elles ne sont pas accompagnées d'une luxation, ce qui est rare. Quand il y a luxation, la réduction se fait bien, mais ne tient pas et une immobilisation absolue avec un grand plâtre est de rigueur, pendant 10 jours au moins. Dans deux cas que j'ai observé, les résultats fonctionnels lointains ont été meilleurs que je ne le supposais à priori ».

Observation N^o 7. — BOURY et DANIHEZ, 1926

Homme tombé sur le dos d'une hauteur de 1 m. 50 environ. Les seuls symptômes observés sont, d'une part une limitation de l'abduction de la hanche droite, d'autre part une douleur exquise siégeant dans la région postéro-supérieure du trochanter. La radiographie montre qu'il s'agit d'une fracture du sourcil cotyloïdien sans lésion de la tête fémorale.

Observation N^o 8. — CAAN, 1927

Publie un cas où le fragment fut petit, mais détaché dans le cotyle ; la réduction fut obtenue, mais plus tard, il y a eu des signes de corps étranger articulaire.

Observation N^o 9. — LEJARS, 1927

Luxation iliaque avec déformation caractéristique. Réduction après 24 heures (procédé DESPRÉS). Le lendemain, se reproduit. Nouvelle réduction. Radiographie : fracture du sourcil. Immobilisation pendant deux mois (WITTMANN). La réduction reste définitive.

*Observation N° 10. — BRETON (Marc)
et BLONDEAU (André), 1927*

(Cette observation a été rapportée partiellement in LEJARS).

M. Z..., accident d'auto, le 10 juillet 1925 : à côté du conducteur quand la voiture bute contre un arbre ; projeté en avant, ses genoux heurtent le tablier. Vu le lendemain, on constate : plaies légères des deux genoux, attitude de luxation postérieure (flexion à 15°, adduction, rotation interne). Réduction, sous anesthésie, aisée ; on réunit les deux genoux. Une semaine après, fléchissant les cuisses sur le bassin : relaxation. On pense alors à une fracture du sourcil cotyloïdien. On réduit à nouveau. L'image radiologique, à ce moment, révèle la tête en position normale, mais un fragment de 5 cm. est détaché de la partie postérieure du rebord de l'acétabulum. Alité pendant trois mois. Marche progressive. Revu en 1926, il marche correctement, s'assied facilement, monte et descend les escaliers sans gêne, boîte légèrement, limitation discrète de l'abduction, certaine douleur au palper du rebord postérieur du cotyle mais sans signes nets de névralgie sciatique. Quelques douleurs dans la cuisse et dans la jambe : une nouvelle radio montre la tête en position normale ; l'esquille osseuse n'est plus nettement isolée mais rappelle l'image radiologique des butées créées dans les luxations pathologiques, pour éviter l'ascension de la tête fémorale.

*Observation N° 11. — BRETON (Marc)
et BLONDEAU (André), 1927*

Mme J..., assise à côté du chauffeur lorsque l'auto heurte un arbre. Signes de luxation postérieure de la hanche ; flexion à 45°, forte adduction, pas de rotation ; ecchymoses

sur la face antérieure des deux genoux. Le diagnostic de luxation avec fracture du sourcil cotyloïdien fut porté. Réduction aisée, sous anesthésie. Immobilisation au moyen de trois courroies fixant sur une planche le bassin, les genoux et les jambes. Au réveil, on constate une douleur au niveau du bord postéro-supérieur du cotyle. Radiographie : tête en position normale ; du bord supérieur du sourcil se détache une esquille de 2-3 cm. Malade pas revue.

Observation N° 12. — LATIL in ROMAN, 1928

(Cas observé le 24 mai 1927).

Homme, accident d'auto : assis à côté du chauffeur, ses genoux ont buté contre le tablier. Douleur à la hanche, contusions aux deux genoux ; attitude de luxation en arrière de la hanche (flexion de la cuisse et rotation interne). Réduction sous rachis, les genoux réunis par une bande. Le lendemain, la radio montre au-dessus de la tête fémorale subluxée, une volumineuse esquille triangulaire. Extension continue pendant dix jours. Au lit pendant deux mois. Résultats fonctionnels très bons. Il persiste seulement une douleur à la pression en arrière de l'articulation.

Observation N° 13. — ETTORE, 1928

Sur 170 cas des fractures du bassin, il cite une fracture du sourcil cotyloïdien.

Observation N° 14. — ANNOVAZZI, 1928

Homme, 44 ans, au volant d'une auto heurtant une autre en sens inverse. Douleur vive dans le membre inférieur gauche, évanouissement (20'), contusions diverses. M. I. G.

non mobilisable ; flexion, 30°, adduction, 30°, rotation interne, 45°. Douleur à la pression du trochanter et du cotyle. Hématome sous cutané sur la partie supérieure de la face antéro-externe du tibia gauche. Trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton. Radio : fragment osseux triangulaire à la partie postéro-supérieure du cotyle, subluxation iliaque postérieure du fémur. Traitement : réduction de la luxation, extension continue : 6 kg.-10 kg., pendant 10 jours, grand plâtre en légère abduction, pendant 22 jours. Résultats : anatomiques : raccourcissement d'un demi-centimètre, fragment incomplètement réduit ; fonctionnels : flexion possible jusqu'à 60°, abduction, 25° ; la rotation fait entendre des craquements ; 10 mois après : souffre de la hanche. Limites de la tête et du cotyle imprécis, zones de raréfaction, cal volumineux. Deux ans après : manifestations articulaires ; pas des douleurs, mais flexion limitée à 60°, abduction à 25°, rotation à peu près abolie. Radio : réaction proliférative faible, l'éperon osseux s'est réduit. Donc arthrite traumatique secondaire (?)

Importance médico-légale.

Observations N^{os} 15, 16, 17, 18. — WESTERBORN, 1928

Cite quatre cas des fractures du sourcil, isolées ou associées aux luxations. Siège : partie postérieure ou postéro-supérieure du sourcil. Quand les fragments sont détachés, étendus, peuvent rendre la réduction difficile ou impossible.

Observation N^o 19. — LENORMANT (Ch.), 1928

Homme, 40 ans. Accident d'auto : son pied gauche a été brusquement refoulé en arrière par le moteur, mais en même temps, il s'est trouvé calé par une caisse. Douleur

à la hanche gauche. Le lendemain : cuisse gauche en demi-flexion avec légère rotation interne amenant le genou gauche au-devant du genou droit. Tout essai d'examen provoquait des douleurs vives. On a réussi à augmenter légèrement la flexion, mais l'extension fut impossible, de même que l'abduction et la rotation de la hanche. L'examen des repères osseux ne révéla rien d'anormal. Diagnostic : contusion de la hanche, mais la radiographie décéla une fracture de la partie supérieure du sourcil cotyloïdien, à fragment en virgule, avec une subluxation en haut et en dehors de la tête.

Traitement : réduction, sous anesthésie générale, en extension (accompagnée d'une légère crépitation) et en abduction. Immobilisation sous plâtre. — Deux mois après, la radio montre une réduction parfaite, sans trace de la fracture, mais l'articulation est enraidie et presque immobilisée par la contracture des muscles. L'auteur pense que la mécanothérapie pourra encore améliorer l'état de cette hanche. A signaler la coexistence d'une fracture de la malléole externe et d'une fracture du col de l'astragale, reconnues seulement au bout de deux mois, après leur consolidation.

Observation N° 20. — DIAZ (Francisco Garcia), 1929

(Rapport de MOUCHET (Albert)).

J. M..., 22 ans, un arbre est tombé sur sa fesse gauche, le membre lésé étant, à ce moment, dans une attitude fixe d'extension et de rotation interne. Trois tentatives de réduction, sous anesthésie générale, restèrent sans succès. Huit jours après entre dans le service avec diagnostic de luxation récidivante de la hanche gauche, Impression de réduction parfaite : mouvements possibles, limités par la douleur. Sous anesthésie au kélène, on croit percevoir un

obstacle dans l'articulation. Diagnostic : fracture du sourcil cotyloïdien. La radio faisait voir l'interposition du fragment et la tête déviée en bas et en dehors. Le lendemain, on s'est proposé de créer une butée, utilisant le fragment fracturé. Mais l'intervention — sous-anesthésie à l'éther — qui désenclave le fragment, le montre intéressant les 2/3 postérieurs du sourcil. Alors, changeant d'intention, on fixe le fragment par son bord libre aux tissus voisins. Suture, drainage au crin et immobilisation en extension, abduction et rotation interne pendant cinq semaines ; cicatrisation per primam. Après deux mois, marche avec deux cannes ; douleur et faiblesse lorsqu'il s'appuie sur le membre lésé, mobilisation possible en flexion (90°), en abduction (45°), rotation très limitée.

Une nouvelle radio montre le fragment non consolidé. A remarquer : 1° Que l'interposition du fragment pouvait être due aux premières manœuvres de réduction ; 2° Il aurait mieux valu de créer une butée osseuse.

Observations N^{os} 21 et 22 - CUBBINS, CAULEY, CALLAHAN, 1930

Citent deux cas : un à fracture du segment ilial du rebord acétabulaire ; le second à segment pubien avec luxation en dedans, en bas du pubis.

Observation N^o 23. — CHARRIER, 1931

Homme, 24 ans, conduisait un camion, lorsqu'il eut un tamponnement avec arrêt brusque. Choc du genou contre le plancher, du bassin contre le dossier du siège. Lésions : fracture du fémur ; un fragment du sourcil pénètre dans l'articulation ; luxation.

Reposition sanglante, suture au bourrelet.

Marche après deux mois et demi.

Observation N° 24. — CHARRIER, 1931

Homme, 43 ans, mécanicien ; un arrêt brusque. Luxation pas immédiate, mais progressive, alors tête fémorale largement déplacée en haut. Quarante jours après, le fragment du cotyle n'est pas réduit. Réposition sanglante, butée. Mobilisation 27 jours plus tard. Trente-trois jours après, lever, sortie, état satisfaisant.

Observation N° 25. — LUCCHESI, 1931

A publié un cas concernant cette lésion : le malade, quittant trop tôt l'hôpital, eut une nouvelle luxation.

Observation N° 26. — BRISSET et LEMOINE, 1931

Jeune homme blessé dans un accident de motocyclette. Diagnostic : luxation traumatique iliaque postéro-inférieure avec arrachement du sourcil cotyloïdien. Traitement : réduction à peu près parfaite par les manœuvres habituelles (sans opération sanglante), suivie d'immobilisation dans un plâtre pelvi-crural.

Observation N° 27. — PATEL, 1932

Jeune homme ; après un traumatisme : radiographie : fracture du sourcil cotyloïdien accompagnant une luxation de la hanche. Réduction sous anesthésie. Reproduction facile. Simple immobilisation plâtrée, pendant trois mois. Résultat excellent : la réduction persiste, marche aisée, sans boiterie, ni douleur.

Observation N° 28. — LOMBARD, CURTILLET, 1934

Sujet de 6 ans. Raccourcissement de quatre centimètres. Traction de Kirschner pendant trois semaines. Guérison.

Observation N° 29. — LE PAGE, 1934

Femme, 65 ans, accident d'auto, son genou droit heurtant le siège avant de la voiture : douleur à la hanche droite, impotence fonctionnelle. Diagnostic : fracture du fémur. Trois jours après, vue par l'auteur : M. I. D. en adduction et rotation interne, avec flexion discrète. Grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton. Raccourcissement du membre : 3 cm. ; abduction impossible.

Radiographie : luxation iliaque haute avec fracture de la partie postérieure du rebord cotyloïdien, à fragment triangulaire et qui coiffe la tête dans son ascension. Réduction sous anesthésie générale, confirmée par une nouvelle radio, appareil plâtré pelvi-jambier. Une congestion pulmonaire, une phlébite de la jambe droite et des escharres, obligent d'échancrer le plâtre au niveau de l'abdomen pour mettre la malade en position demi-assise. Une vingtaine de jours après, récurrence de la luxation. Nouvelle réduction, difficile, sous anesthésie générale. La radio montre le fragment osseux au-dessus et en arrière du cotyle. La malade est placée dans une gouttière de Bonnet, cuisse droite en abduction de 70°, rotation externe forcée ; extension continue (6 kg.). En plus, bandage fessier (Barbarin). Après deux mois et demi, on fait la mobilisation du genou droit. Au bout de trois mois, mobilisation prudente de la hanche. La marche progressive est commencée. Un corset avec pelote iliaque est appliqué en arrière sur l'articulation coxo-fémorale. Résultats au bout d'un an : radiologique-

ment : le fragment détaché a renforcé la partie supéro-postérieure du cotyle, formant une butée osseuse solide. Cliniquement : la flexion de la jambe et l'abduction à peine limitées, le membre inférieur est en légère rotation externe. Fonctionnellement : marche normale.

XI. — CONCLUSIONS

1° La fréquence des cas diagnostiqués, récemment, de luxation traumatique de la hanche — consécutive à la fracture du sourcil cotyloïdien — découle, éloquemment, de la confrontation des chiffres suivants : notre statistique, s'étendant sur les douze dernières années, note 30 cas, tandis que, durant 131 ans — en partant de la première observation de COOPER — on n'a pu rassembler que 71 cas.

2° Les observations par accident d'automobile se multiplient et, dans l'étiologie, on signale encore des cas concernant des femmes.

3° La luxation et la fracture, siègent, le plus souvent, en haut et en arrière et cette localisation s'expliquerait par une attitude intermédiaire à l'abduction et l'adduction du membre au moment du traumatisme, ainsi que par un point faible dans l'architecture du rebord cotyloïdien à cet endroit.

4° Les signes cliniques sont ceux de luxation de la hanche avec facilité de réduction, mais aussi de reluxation ; la crépitation n'a pas la valeur qu'on lui assignait autrefois. L'ecchymose jambière peut être d'une certaine aide pour le diagnostic lequel ne sera fourni, indubitablement, que par la radiologie.

5° Les erreurs à éviter proviennent surtout d'une confusion avec la fracture du col du fémur.

6° Le pronostic, d'habitude satisfaisant, pourra être assombri par des complications provenant soit des consolidations vicieuses, soit des atteintes des parties voisines.

7° Le traitement, dans les cas non compliqués, consiste dans l'extension continue, en abduction, pendant un-deux mois. S'il y a enclavement du fragment, il faut l'enlever et le fixer, et s'il est volumineux, recourir même à une butée.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON. — Fracture of the acetabulum and dislocation of femur. (*Glasgow Medical Journal*, 1855, 56, p. 443.)
- ANDREWS. — Fracture of the rim of the acetabulum and of the margin of the other joints complicating dislocation. (*Internat. Clin. Phila.*, 1897.)
- ANNOVAZZI. — *Bolletino d. Spec. med. chir.*, 1928, 224-37.
- AREITZA. — Resultados experimentales y clinicos de las pressiones transversales de la pelvis. Madrid, 1891.
- ARIS (Blanche). — Contribution à l'étude des fractures du bassin chez l'enfant. Thèse Paris, 1924.
- ASTHURST (John). — Encyclopédie internationale de chirurgie. Paris, 1885.
- BADOLLE, CHEVALIER et REURE. — *Loire Médicale*, décembre 1921.
- BARDET (de Limoges). — *Union Médicale*, 25 mai 1850.
- BASSET. — Les fractures du col du fémur. Paris, 1920. (*Annales de la clinique chirurgicale* du professeur P. Delbet.)
- BASTIDA. — Thèse de Paris, 1866.
- BÉRAUD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris, 1863, p. 185.
- BERTHOD. — Contribution à l'étude critique de la contusion de la hanche. Thèse Lyon, 1922.
- BICELOW. — *On Hip Joint.*, 1869, p. 139.
- BLISS. — *Ldw. cir.*, n° 2, 1869, S.G.O., p. 333.
- BONNET. — Maladie des articulations. Lyon, 1845.
- BOURY, DANHIEZ. — R.M. C., Hôp. Lille, 15 mars 1926, in *Presse Médicale* 1926, I, 458.
- BOYER. — Thèse Montpellier, 1912.
- BOYER (Ph.). — Traité des Maladies chirurgicales, Paris, 1845.
- BRÉCHET. — Catalogue des pièces du musée Dupuytren (Well).
- BRETON, BLONDEAU. — Journal de Radiologie et d'Electrologie, 1927, 430-4.

- BRISSET et LEMOINE. — *Bulletins et mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 4-XI, 1931.
- BRODIE (Benjamin Sir). — *The Lancet*, 1863.
- BUSCH. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 20 déc. 1880.
- BUCHOLZ. — *Boston m. and S. J.*, 1908, CLIX, 759.
- CAAN. — *Munch. m. Woch.*, LXXIV, n° 2, 14 janvier 1927, 56-58; in *J. de Chir.*, 1927, 2, 127.
- CAHIER. — *Traité des luxations. (Traité de chirurgie, Le Dentu, Pierre Delbet)*, 1908, VI, 247.
- CALLISEN. — *Systema chirurgia hodierna*, T. I, 1788.
- CHARPY. — *Bulletin de la Soc. Anat. de Lyon*, 1884; *Revue de Chirurgie*, 1885, p. 465.
- CHARRIER. — *Soc. Nat. de Chirurgie*, I-VII, 1931.
- CHASSAIGNAC. — *Soc. de Chir.*, Paris, 1856, p. 104.
- CHAUVIN et HAYEM. — *Revue d'Orthopédie*, Paris, novembre 1922, p. 543.
- CHEVALIER. — *L. méd.*, 1922, LXXXI, 539.
- CHEYNE. — *Disloc. of the right hip joint. with fracture of the rim of the acetabulum. Tr. clin. Soc.*, London, 1899.
- CLAVELIN. — *Précis d'appareillage des luxations et fractures des membres. Vigot*, Paris 1927, p. 183.
- CLEMENTS. — *Ldw. cir.*, n° 2, S.G.O., p. 33, 1869. *Trans. Am. Med. Ass.* (Sup. 1876).
- CLOQUET. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1856, p. 107.
- COOPER (Astley Sir). — *Dislocations and fractures*, London, 1823, 15. *Œuvre chir. trad. Chassaignac et Richelot.*
- CONSTANTINJ. — *In thèse Tchwiklinski*, Alger, 1923.
- COURTY. — *Dict. encycl. des Sc. Méd.*, 1868.
- CRUVELHIER. — *Bull. de la Soc. d'Anat.*, 1837.
- CTÉSIAS. — *Littre-Gallien, de articulus comm. IV, texte 10.*
- CUBBINS, CAULEY, CALLAHAN. — *Surg. gyn.*, Obs. IX, 1930, LI, 387-93.
- CULBERTSON. — *Sup. to vol. 27, Trans. Am. med. Ass. Prize essay*, 1876.
- DAMARY (Le). — *Revue de Chirurgie*, 1908, Paris, p. 431.
- DEININGER. — *Deutsche milit. artz. Zeitschrift*, III, 11, 1874, p. 632.
- DELAUNAY. — *Revue de Chirurgie*, 1921.
- DELBET. — *Présentation de radiographie. Soc. de Chir.*, 14 juin 1911.
- DEMARQUAY. — *Moniteur des Hôpitaux*, 1854, 849.
- DENONVILLIERS. — *Bulletin de la Soc. d'Anat.*, 1837. *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1869.
- DESTOT. — *Soc. Nat. de Lyon, Lyon Médical*, 9 février 1903, p. 289-292.

- DIAZ. — *Soc. Nat. Chir.*, 23-X-1929, 1135-7. Rapport Mouchet.
- DUPLAY, ROCHARD, DEMOULIN. — *Diagn. chir.*, Doin, 1921, p. 813.
- DUPUYTREN. — *Cliniques Chirurgicales*, 1839.
- DUVERNEY. — *Traité des maladies des os*, Paris, 1751.
- ELIASON, WRIGHT. — *Surg. Gyn. Obs.*, XLVI, IV, 1928, 509-17.
- ETTORE. — *Archiv. di Ort.*, XLIV, 4, 1928, 587-715.
- EVE. — Description of 2 cases of direct dislocation backwards of the femur, with fracture of the rim of the acetabulum, *Med. chir. trans.*, London, 1880.
- FAURE. — Thèse, Paris, 1846.
- FAVELL. — *British. med. Journ.* Aug., 5, 1876.
- FOLLIN, DUPLAY. — *Tr. élém. de Path. Ext.* III, Masson, 1849, 340.
- FORGUE. — *Précis Path. Ext.* Doin, 1931.
- JOURMESTRAUX (De). — *Bull. Soc. de Chirurgie*, 1917, II.
- FRANÇOIS. — *Mécanisme rare des fractures du bassin*. Thèse, Paris, 1898.
- FRÉZARD. — *Fractures de l'os iliaque*. Thèse Montpellier, 1873.
- GALLOIS, BOSQUETTE. — *Revue de Chirurgie*, n° 4, avril 1908, p. 504-524, et n° 5.
- GÉLY. — *Bull. Soc. Anat.*, 1840, p. 70.
- CILIS. — *Montpellier Médical*, 1892.
- GILL. — *Gazette Médicale*, 1834, 710.
- GREENE (G.-W.). — Personal experience with fracture of the hip. *Buffalo M. J.*, 1900, u. s. 39, p. 829.
- GRÆSSNER. — *Deutsche Zeitschrifte für chirurgie*, 1902, Bd. 64, LXV, 576, 88 nft.
- GROSS, ROHMER, VAUTRIN. — *Pathol. Clin. Chir.*, 1898, tome III, 828.
- GUIBAL (André). — *Considérations sur les fractures du sourcil cotyloïdien*. *Gazette Médicale du Languedoc*, 1931.
- GUIBÉ. — *Fract. de la cav. cotyl. par enfoncement*. *Revue de Chirurgie*, 1904, 60-79.
- GUIMBELLOT. — *In thèse de Sivade*, Lyon, 1921.
- GURLT. — *Beitrag. Chirurgischen Statistik*.
- GUYOT. — *Soc. Anat. Chir.*, Bordeaux. *Gazette Médicale*, Bordeaux, 1913, n° 21, p. 371.
- HAMILTON. — *Traité pratique des fract. et lux.* Trad. de Poinot, Paris, 1884.
- HARTMANN. — *Fract. de la cav. cotyl.* *Journal des Praticiens*, 7, II-1931, p. 85.
- HELFENRICHT, DELBET. — *Atlas, manuel des fract. et lux.*, Baillière, 1901, 311.

- HIPPOCRATE. — *Littre*, œuvres complètes d'Hippocrate.
- HOLMES. — Transaction of the path. soc. of London, 1860, XI.
- HOMER O'HISTCHOCK. — Soc. de Med., Michigan, 12 juin 1879. *Traité pratique de Hamilton*, 1884.
- HOUEL. — Catalogue du Musée Dupuytren. Manuel d'Anat. Path., 2^e édit., 1862, 160.
- JACQUES, ZIMMERN. — *Presse Médicale*, 1916, 521.
- JANSON. — *Compte rendu pratique chir.*, Lyon, 1822.
- JENSEN. — *Beckenbrüche* *arc. f. Klin. chir.*, 26 mai 1913.
- KAETE. — *Amer. Journ. of Med. Sc.*, vol. XVI, p. 223.
- KARPINSKI. — *Deutsche Milit., artzl. Zeitschrift*, II, 3, 1873, p. 157. ●
- KATZENELSON. — *Über Mechanismus der fract. der Beckervingen*. Thèse Berlin, 1895.
- KONTOROVITCH. — Thèse, Lyon, 1903.
- KRONLEIN. — *Die Lehne von den Luxationen in Deutsche Chirurgie von Pithaund Billrath*, 1882.
- KUSMIN. — *Wiener med. Jahrbücher*, 1882. *Über Bechenfracturen*, *Centralblatt für Chir.*, 1885.
- LANDSALL. — *Encycl. intern. de Chir.* Asthurst, Paris, 1885.
- LANGENBECK (Von). — *Arch. für Klin. Chir.*, B. 16 HZ n° 6, 1870.
- LATARJET et GALLOIS. — *Bulletin Soc. Anat.*, 1910, 55-69.
- LATIL. — *In thèse Roman*, Montpellier, 1928.
- LEHTIHET (Mohamed Salah). — Thèse, Alger, 1919. *Fractures du cotyle*.
- LEJARS. — *Expl. clin. et diagn. chir.* Masson, 1927, 535-677.
- LENORMANT (Ch.). — *Fractures de la cavité cotyloïde. Presse Médicale*, 23 juin 1928, n° 50, p. 788-791. *Le Concours médical*, 4-11-28.
- LERICHE. — *Tr. de Thérap. chir.*, Masson, 1926, t. I, 569, t. II, 384.
- LOMBARD, CURTILLET, CHEVASSU. — *Soc. de Chir.*, Alger, I, IV, 34.
- MAC TYER. — *Glasgow Royal Infirmary; Glasgow Medical Journ.*, 1831.
- MAISONNEUVE. — *Bulletin de la Soc. de Chir.*, juin 1854. *Chirurgie Clinique*, 1863.
- MAITREJEAN (M.). — *Lux. traum. de la hanche chez l'enfant*. Thèse Lyon, 1924.
- MALGAIGNEZ (J.-R.). — *Traité des fractures et luxations*, t. II. *Des luxations*, p. 877-880, Paris, 1855.
- MALIS. — *Fractures par armes à feu. Vratsh. Gaz.*, 109, V, 9, p. 636.
- MANEC. — *Bull. Soc. anat.*, p. 96, 1827.
- MARQUEZ. — Thèse Montpellier, 1909. *Fractures du fond de la cavité cotyloïde*.
- MATHIEU, LAFLOTTE. — *Soc. de M.*, mai 1925, in *Presse Médicale*, 1925, 2, 1018.

- MERCIER. — *Gaz. des Hôpitaux*, t. 5, p. 399.
- MICHAELIS (G.). — Münchener med. Abhandlungen über Beckenfracturen I. R. 9, H. 1891.
- MOHRENHEIM. — *In Traité de Malgaigne*, 1855.
- MARICONI (L.). — Frattura del ciglio cotiloidico senza lussazione della testa femorale. *Gaz. Intern. Med. chir.*, March., 1934.
- MORRIS. — *The Lancet*, february 18, 1882, p. 177.
- MURPHY. — *Surg. clin. Philadelphia*, 1916, 725, 9.
- NÉLATON. — *Path. chir.*, 1869, t. II, p. 267. Tr. de chir. Duplay-Reclus, 1891, III, 217.
- NICOLINI. — Un caz de fractura marginala a cavităței cotiloide. *Revista de Chirurgie*, Bucuresti, 1905, IX, 171-76.
- NORRIS. — *Amer. Journ. Med. Sc.*, T. 3 et autres.
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Revue d'Orthopédie*, 1912.
- OPPENHEIM. — *Gaz. Méd.* 1835. *Am. Journ. Med. Sc.*, N. S., 487.
- OWENS. — Complications in fractured enveluing the hip-joint. *Amer. Surg. Phil.*, 1901, 33, 726.
- PACKARD. — *Asthurst*, 1885.
- PADOVANI (Paul). — Le traitement des fractures de la cavité cotyloïde. *La Médecine*, n° 16, nov. 1932.
- PAGE (Le). — *Bulletins et mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, 19-1-1934, p. 28-37.
- PAITRE. — Les fractures de la cavité cotyloïde. *Bulletin Médical*, n° 8, 20 févr. 1932.
- PARÉ (Ambroise). — *Œuvres complètes*. Livre XIV, Lyon, MDCLII, 7, Chap. 41, p. 388.
- PARIS. — Thèse, Lyon, 1921.
- PATEL, VERGNORY. — *Soc. Chir. Lyon*, 3, III, 32, *Presse Médicale aug.*, 9, 1933.
- PERRIN. — *Union Médicale*, 1859, p. 220.
- PIOLLET. — Thèse Lyon, 1902. Tr. des lux. traum. anc. de la hanche.
- POIRIER. — *Traité d'An. Hum.*
- POLAILLON. — Statistique et observations de chir. *Hospitallière*, Paris, 1894, p. 302.
- PROUST (R.), SOUPAULT (R.). — *In Précis de Path. chir.*, t. II, 1928, p. 209.
- PYLE. — *New-York med. rec.*, 13 déc. 1890, t. II, p. 659.
- QUERVAIN (F. de). — Tr. de diagn. chir., Maloine, 1922, p. 692.
- RENDU, MAITREJEAN. — *Revue d'Orthopédie*, 1924, 497.
- RICHET. — *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1863. Leçons cliniques, *Union Médicale*, 1879, p. 339.

- RIED. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, B. I. H. 4, 5, p. 320, 1879.
- RIEDEL. — Congrès de Chir. allemande, 1885.
- RIEFFEL. — *Traité de Le Dentu-Delbet*, t. II, p. 530.
- ROBERTS. — *Annales Surg. Phil.*, 1896, XXIII, 20.
- ROMAN (Jean). — Thèse Montpellier, 1928.
- ROTTENSTEIN, HONZEL. — *Revue de Chir.*, 1910, Paris.
- ROUVIÈRE et DELMAS. — Note sur l'architecture de l'os coxal. *Bibl. anat.*, 1910, p. 140-146.
- ROUX (W.). — La loi de la transf. des os. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 22, V, 1893.
- SCOTT (J.). — Dislocation of the hip joint with the manner of reduction and the appearances on dissection. *Dublin hospital Reports*, 1822, vol. III, p. 389 (cité par Smith).
- SENN. — Tr. of the St Soc. of Wisc., 1880.
- SIVADÉ (Charles). — Thèse Lyon 1921. Contribution à l'étude des fractures du sourcil cotyloïdien avec luxation de la hanche.
- SMITH (Robert W.). — Luxation du fémur, par suite d'une fracture de la cavité cotyloïde. *Dublin Journ.*, novembre 1837, p. 234 in *Archives générales de Médecine*, 3^e et nouvelle série, tome 1^{er}, Paris, 1838, p. 104-105.
- STASSEN. — *Bulletin de l'Assoc. med. Belge des accid. du travail*, janvier 1913.
- STILES. — *Pacific coast. Journ.*, San-Francisco, 1893.
- STOCCADA. — *Arch. it. di chir.* VIII, fasc. 3, nov. 1923, 334-41 in *Journ. de Chir.*, 1924, I, in *Presse Médicale*, 1928, n° 50, p. 788-791.
- STOKES. — Acad. of Med. in Irland. (*Lancet*, 7 juill. 1883, p. 15.)
- STREMBEL. — Zur casuistik der Bechenfracturen, Schmidts Jahrbücher, Bd. 128.
- TANTON. — Tr. Le Dentu-Delbet, 1916, IV, 2, p. 570, Baillière.
- TCHWIKLINSKI (Stanislas) alias Cwiklinski. — Thèse Alger, 1923. Contribution à l'étude des fractures du sourcil cotyloïdien.
- TERRIER. — Manuel de Path. et de Clin. chir., Paris, 1878, t. II, p. 47.
- TESTUT. — *Traité d'An. Hum.*
- THÉVENOT. — *Revue d'Orthop.*, 1904, p. 263-70.
- TILLMANN. — Die Verletzungen und Chirurgischen Krankheiten des Beckens, Stuttgart, 1905.
- TILLAUX. — Tr. d'An. Top.
- TIXIER, PATEL. — Précis de Path. Chir., Masson, 1928, VI, 451.
- TOOGOOD. — *Gazette Méd.*, 1842, p. 627.

- VERNEUIL. — *Revue médico-chir.*, t. 12, p. 53.
- VIDAL DE CASSIS. — *Traité de path. ext. et de méd. opér.*, t. II, p. 214, Paris, 1855.
- VIGNAUD, VILLANDRE. — *Soc. méd. chir. militaire. Lyon Médical*, 1917, p. 523.
- VINON, CATHALA. — *Bulletin de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, mars-avril 1920, p. 217-219.
- VIREVAUX. — Thèse Lyon, 1899.
- VOLKMANN. — Cité par Roberts. *An. Surg. Ph.*, 1896.
- WALKER. — *Detroit Lancet*, 1879, Tr. de Hamilton.
- WALTHER. — Tr. de Chir. Duplay-Reclus, Masson, 1892, VII, 383.
- WEBER. — *Chir. Erfahrungen*.
- WESTERBORN. — *Acto Chir. Scand.* 1928, vol. LXIII. Suppl. VIII, p. 73, in *J. de Chir.*, 1928, 2, 368.
- WHITE. — *Cir. n° 2*, p. 31, C. G. O., 1869.
- ZIMMER et JACQUES. — *Réun. médico-chir. de la V^e année (1917)*.

TABLE DES MATIERES

I. — INTRODUCTION	9
II. — Aperçu historique	11
III. — Observation de MM. MASSABUAU, GUIBAL et GINESTIÉ	13
IV. — Etiologie	16
V. — Pathogénie	18
VI. — Anatomie Pathologique	21
VII. — Symptomatologie et diagnostic	23
VIII. — Pronostic et complications	26
IX. — Traitement	27
X. — Résumé des observations	30
XI. — CONCLUSIONS	41
XII. — BIBLIOGRAPHIE	43

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

« Contribution à l'étude de la
luxation traumatique de la hanche
avec fracture du sourcil cotyloï-
dien »,

par M. Philippe L. ELIAS

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 25 mars 1936.

Le Professeur :

MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 25 mars 1936.

Le Doyen :

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 26 mars 1936.

Le Recteur,

TAILLART.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe : ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

